FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

Série . N° 46 .

ESSAI

SUR DEUX CAS DE PARALYSIE SIMULÉE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 9 août 1884

PAR

Gabriel-Arnaud BÉDART

né à La Rochelle, le 11 février 1859.

Jury : MM. LANELONGUE, *Président.*
ORÉ (✲), *professeur.*
ARNOZAN, LAGRANGE, *agrégés.*

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. DURAND
20, RUE CONDILLAC, 20

1884

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549617_0030

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

Série . N° 46 .

ESSAI

SUR DEUX CAS DE PARALYSIE SIMULÉE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 9 août 1884

PAR

Gabriel-Arnaud BÉDART

né à La Rochelle, le 11 février 1859.

Jury : MM. LANELONGUE, *Président.*
ORÉ (✲), *professeur.*
ARNOZAN, LAGRANGE, *agrégés.*

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. DURAND
20, RUE CONDILLAC, 20

1884

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. DENUCÉ..... Doyen.

PROFESSEURS

Anatomie	MM. BOUCHARD
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	MICÉ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie générale	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER.
Thérapeutique	De FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DENUCÉ. LANELONGUE
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophthalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. ARNOZAN.	MM. BOURSIER.	MM. TESTUT.
RONDOT.	LEFOUR.	PLANTEAU.
LANDE.	DUDON.	CARLES.
ARTIGALAS.	DEMONS.	PÉRIER.
	PIÉCHAUD.	BLAREZ
		BERGONIÉ.

MAITRES DE CONFÉRENCES

Physique	MM. BERGONIÉ.	Histoire naturelle	MM. PÉRIER
Chimie et Pharmacie	CARLES.	Accouchements	LEFOUR.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique médicale des enfants	MM. NÉGRIÉ.
Clinique chirurgicale des enfants	BITOT.
Maladies vénériennes	VÉNOT
Maladies mentales	TAGUET.

Le Secrétaire de la Faculté,
F. LAMBERT des CILLEULS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres a leurs auteurs; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON GRAND ONCLE OSMIN BERGE

A MA FAMILLE

AU DOCTEUR P. MALLET

MÉDECIN EN CHEF DES HOPITAUX CIVILS, A LA ROCHELLE.

A MADEMOISELLE CAROLINE DUBREIL

A MONSIEUR MAISONNEUVE

DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE, A ROCHEFORT.

A MONSIEUR DUPLOUY

MÉDECIN EN CHEF, PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE, A ROCHEFORT.

A MONSIEUR BÉRENGER-FÉRAUD

DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE, A LORIENT.

A MONSIEUR LANELONGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX, MON PRÉSIDENT DE THÈSE.

AMICIS

ET BELLOT *præsertim.*

INTRODUCTION

La pathologie exotique est imparfaitement connue; au premier abord le devoir de tout médecin de la marine, semble-t-il, serait de consacrer sa thèse inaugurable à l'éclaircissement de quelqu'une de ces intéressantes questions. Il existe un recueil, les *Archives de médecine navale,* aux tendances plutôt cliniques qu'anatomo-pathologiques, si je puis dire, dans lequel à défaut de ces théories brillantes mais passagères, de ces aperçus généraux mais hasardés, on trouve bien des travaux sérieux, bien des études originales, bien des observations précieuses sur la pathologie exotique Pour la plupart ce sont les œuvres de praticiens d'un âge plus mûr que celui, où jeunes d'expérience, la presque totalité des médecins de la marine arrive au terme de ses études universitaires.

On ne sera donc pas étonné si nous avons choisi notre sujet dans la clinique des hôpitaux métropolitains de la marine; et cela d'autant mieux que nos souvenirs de campagne datent d'une époque où deux années d'études nous rendaient incapables de discerner et de réunir les éléments de notre travail inaugural, dont deux années nous séparaient encore.

J'ajouterai que ce travail sur les paralysies simulées de l'avant-bras eût été plus complet, si, en janvier 1883, lorsque j'eus l'occasion

d'examiner, dans la clinique de M. Bérenger-Féraud à Cherbourg, le un simulateur dont je cite l'observation, j'avais pu supposer qu'il deviendrait le sujet de ma thèse.

A ce moment il ne m'était guère permis d'y songer, car les jeunes médecins de la marine voient la thèse dans un « horizon brumeux » ; ils la font quand ils peuvent et comme ils peuvent. De sorte que ce couronnement naturel des études médicales pour l'étudiant de Faculté ne devient, pour la plupart d'entre nous, qu'un travail insuffisamment médité, qu'une improvisation forcée, qu'une formalité à remplir. Pourquoi cela? C'est que le médecin de la marine doit compter avec les vicissitudes du service à la mer et aux colonies, avec les déplacements multiples, avec l'éloignement des centres d'instruction, avec l'isolement souvent prolongé. C'est que le médecin de la marine doit compter avec sa santé. Faut-il le dire : c'est trop souvent sur le temps consacré à la rétablir, sur la durée des congés de convalescence qu'il faut prélever des heures de travail assidu pour conquérir le diplôme de docteur.

Mais j'ai hâte de le dire, malgré ces débuts difficiles, le médecin de la marine ne le cédera en rien à ses confrères de la branche civile; pour ceux-ci le doctorat est le gage d'un certain repos intellectuel, à moins qu'ils ne tentent la carrière de l'enseignement ou ne recherchent les places de médecins des hôpitaux; pour nous le titre de docteur n'est qu'une étape, un acheminement vers le grade supérieur. Ce titre de médecin de première classe, on ne peut l'obtenir qu'au concours. Nouveau travail, nouveaux efforts; mais, débarrassé des minuties obligées des études élémentaires, l'esprit approfondit mieux les questions vers lesquelles ses aptitudes particulières le portent.

Les quelques lignes que je viens d'écrire pourront paraître un hors-d'œuvre à plusieurs, mais je tenais à faire voir pour quelles raisons les médecins de la marine peuvent ne pas paraître aussi brillants que leurs collègues des Facultés dans les épreuves univer-

sitaires du doctorat, mais n'en devenir pas moins, dans la suite, des praticiens aussi instruits que dévoués.

Revenons à l'objet de ce travail : des deux observations de paralysie simulée de la main droite que nous citerons, la première nous est presque personnelle en ce sens que, placé dans le service de M. Bérenger-Féraud à l'hôpital de Cherbourg quand ce simulateur y entra, je pus le suivre et l'observer tous les jours ; plus tard mon collègue et ami G. Bellot, spécialement chargé de ce malade, voulut bien discuter avec moi quelques points relatifs à la rédaction de cette observation ; dans l'épreuve décisive enfin je partageai avec mes deux collègues Bellot et Barrau la surveillance non interrompue de quarante heures qui triompha des efforts du simulateur.

J'emprunte la seconde observation au travail que M. Bérenger-Féraud a publié dans les *Annales d'hygiène et de médecine publique*, de mai 1884. Ce nouveau cas de simulation se présenta, quelques semaines après le premier, dans le même service à Cherbourg ; rapprochement dû soit à une simple coïncidence, aux hasards de la clinique, soit à une sorte de *contagion par l'exemple*.

Ces deux faits nous ont paru intéressants et dignes d'être examinés de plus près, non pour la paralysie simulée en elle-même (les exemples en abondent dans les revues médicales), mais à cause de l'apparition chez ces deux simulateurs d'un symptôme insolite et bien fait, bien choisi, pour en imposer au premier abord. Ces deux sujets ont présenté un abaissement considérable de la température dans le membre prétendu paralysé. La différence d'un bras à l'autre était même si grande, que ce symptôme fut étudié d'une façon spéciale, et de cette étude naquirent des soupçons vérifiés dans la suite.

Voici le plan que nous avons adopté pour cette étude :

1° Exposition des faits : relation des deux observations précitées ;

2° Examen critique et étude comparative des symptômes observés

chez nos deux simulateurs, et des symptômes présentés par des monoplégiques véritables et chez lesquels un abaissement de la température a été observé ;

3° Analyse et appréciation des moyens employés ou à mettre en usage pour découvrir la simulation en pareil cas, et, à cette occasion, l'opportunité des agents anesthésiques sera discutée.

PREMIÈRE PARTIE

Exposition des faits.

Elle consistera nous l'avons dit dans le récit détaillé des deux cas de simulation. La bibliographie des affections simulées ne nous a donné qu'une observation analogue, et encore ce fut sur le symptôme refroidissement, analysé par l'étude sphygmographique, que Tomsa, qui la rapporte, se fonda pour écarter le soupçon de fraude. On peut donc dire que l'historique de cette question n'existe pas.

Observation première empruntée, partie au travail de mon collègue et ami Bellot (*Archives de Médecine navale,* février 1883), partie à l'article de M. Bérenger-Féraud. *Annales d'Hygiène et de Médecine publique,* mai 1884, et complétée par quelques souvenirs personnels.

Le nommé X..., François, matelot, né à Boulogne-sur-Mer, âgé de vingt et un an, entre à l'hôpital maritime de Cherbourg, le 9 septembre 1882. Cet homme vient de passer trois mois en congé de

convalescence ; il prétend qu'une fracture récidivée de l'avant-bras droit, datant de peu de temps, lui a laissé une faiblesse musculaire encore assez grande, pour justifier une prolongation de congé.

Voici les renseignements que j'obtins dans mon investigation (c'est M. Bérenger-Féraud qui parle), X... est parti, il y a un an, sur le croiseur le *Villars;* une fois dans les mers de Chine il dit avoir eu l'avant-bras droit fracturé pendant une manœuvre, juste à l'endroit où ce membre avait été rompu précédemment à une date que je ne puis parvenir à lui faire préciser. Il a été renvoyé en convalescence en France par la Commission de la station navale. Mais il est à remarquer que, d'une part, le certificat de congé porte seulement bronchite chronique et anémie, sans faire mention de cette fracture ; d'autre part, l'examen le plus minutieux ne fait percevoir aucune trace de cal.

Questionné sur sa première fracture de l'avant-bras, X... ne répond pas clairement, il présente seulement le certificat d'un officier de santé disant *à posteriori* qu'il l'a soigné, il y a *quelques années* pour une fracture de l'avant-bras droit.

Dans le moment actuel X..., quoique un peu pâle, a l'air de se bien porter ; il est grand, bien musclé, ses poumons sont en parfait état ; sa main droite semble bien un peu cyanosée, mais elle exécute parfaitement tous les mouvements. L'électricité révèle que la sensibilité et l'activité musculaire sont à l'état normal.

L'habitude du service me fait penser que X.., trouvant son congé agréable, voudrait bien le faire prolonger, mais rien dans sa santé ne justifierait cette prolongation. Cependant, comme il insiste à dire qu'il ne peut pas faire son service, je le garde en observation pendant dix jours, prescrivant une alimentation ordinaire et une série de bains sulfureux qui alterneront avec des séances de faradisation de l'avant-bras et de la main.

Le 19 septembre je mets X... *exeat* et j'informe le médecin de la division qu'il peut faire entièrement son service.

Les exigences de la navigation firent bientôt que ce médecin fut appelé à servir à la mer, et son successeur, qui n'était pas prévenu du résultat de la première tentative de X..., le vit bientôt arriver à sa visite, présentant cette fois des phénomènes de cyanose et d'abaissement de température de la main droite, tels, qu'il le dirigea sans retard sur l'hôpital (1).

« Le 3 octobre, X... est replacé dans le service de M. Bérenger-Féraud. Dans les quinze jours qui venaient de s'écouler l'affection avait fait des progrès extraordinaires. Augmentation de la cyanose et de l'œdème, température inférieure de plus de 10° à celle du membre gauche. Sensibilité complètement abolie. Tels étaient les symptômes présentés par l'avant-bras de X... Seule la contractilité musculaire était restée dans le même état, tous les mouvements étaient encore possibles quoique très diminués. Ils ne tardèrent pas à être supprimés.

» Dès le 8 octobre la paralysie des muscles de l'avant-bras et de la main était absolument complète, au dire de cet homme. La flexion elle-même de l'avant-bras sur le bras était impossible. Le biceps brachial semblait donc aussi paralysé, tandis que, *fait inexplicable,* dans la station verticale certains muscles de l'épaule et du bras étaient contracturés : le grand dorsal et les autres muscles à action analogue attiraient le moignon de l'épaule en arrière et un peu en dedans. Le triceps maintenait l'avant-bras dans une extension complète et dans une demi-pronation. C'était, d'après X..., la seule position que pût prendre son bras droit sans secours extérieur. J'aurai (M. Bellot) souvent à rappeler par la suite cette attitude bizarre.

» Malgré l'impossibilité absolue des mouvements volontaires à l'avant-bras, la contractilité électrique ne fut jamais abolie. Il était

---

(1) Ce qui suit est tiré du travail de G. Bellot, *Archives médecine navale,* février 1883.

seulement nécessaire d'agir sur le bras droit avec des courants plus forts que sur le gauche.

» Cet ensemble symptomatique étrange et les changements si rapides survenus dans une affection qui devait aussitôt après rester stationnaire, ne firent que fortifier chez M. Bérenger-Féraud l'impression que lui avait causée X... lors de son premier séjour à l'hôpital. Malgré cette présomption de simulation, un traitement fut institué. Il consista d'abord en manulures sulfureux et sinapisés ; à partir du 15 octobre on le compléta par une séance journalière de faradisation.

» Afin de pouvoir suivre de près la marche de l'affection, les 4, 14, 21 et 28 octobre ont prit la température moyenne de chaque avant-bras, à l'aide de cinq thermomètres *vérifiés* et placés dans des points symétriques.

» Le 4 octobre, le côté droit était à une température moyenne inférieure de 3°,5 à celle du côté gauche.

» Le 14, cette différence était devenue de 6°,2. Cette aggravation thermique parut en relation directe avec la suppression absolue de la contractilité volontaire survenue le 8.

» Le 21 octobre, l'avant-bras droit était de 3°,5 seulement plus froid que le gauche. Cette amélioration sembla justifiée par l'adjonction, faite le 15, de la faradisation au traitement.

» Mais, le 28 octobre, l'écart entre les deux bras s'élevait à 5°8, et cette fois on ne put trouver aucune explication pour rendre compte de ce refroidissement du bras droit.

» A ce moment X... demanda, pour la première fois, à être réformé. Cette demande et l'irrégularité sans cause appréciable constatée dans le tracé thermique venaient confirmer les soupçons conçus depuis longtemps. Aussi M. Bérenger-Féraud disait, au début de novembre, aux médecins de son service : « Je suis convaincu que » cette affection n'existe pas réellement, mais il faudrait trouver » une preuve matérielle de la simulation. »

» J'étais alors de garde à l'hôpital, et j'essayai d'y arriver. Dans la nuit du 4 au 5, à une heure du matin, je me rendis auprès de X... ; il était endormi, le bras droit complètement à découvert. Ce n'était plus le bras cadavérique que je connaissais : le sang y affluait, les échanges nutritifs y semblaient surabondants, comme si chaque élément anatomique avait hâte de réparer le temps perdu. Plus de cyanose, plus d'œdème ; au contraire, une teinte d'un rouge franc. Au thermomètre, une température *supérieure* de 3°1 à celle du côté gauche. La figure de X... est elle-même changée ; elle a perdu sa placidité ordinaire. Cet homme semble mécontent de mon arrivée intempestive ; il affirme que jamais encore son bras n'a été plus chaud la nuit que le jour.

» Cette visite nocturne m'avait permis d'ajouter un fait entièrement nouveau et très intéressant à l'histoire pathologique de X... Dès le lendemain, M. le Médecin en chef Bérenger-Féraud, sans cesser de me diriger par ses conseils, voulut bien me confier le soin de continuer l'étude de ce cas.

» En présence de l'élévation nocturne de température que j'avais constatée, trois hypothèses me semblèrent permises : 1° cette élévation se produit pour la première fois, et elle indique soit une modification brusque dans la marche de la paralysie, soit le début d'un processus inflammatiore ;

» 2° Cet afflux de calorique dans le membre droit s'est déjà montré et on se trouve peut-être en face d'une de ces affections peu étudiées du système nerveux dans laquelle les vaso-moteurs, sans l'intervention de la volonté du malade, font brusquement varier la circulation d'une portion quelconque du corps ;

» 3° Le refroidissement du membre étant *déterminé volontairement* par l'individu, l'élévation thermique constatée est due à la cessation, pendant le sommeil, de la manœuvre par laquelle le simulateur provoque l'abaissement de la température.

» Dès la visite du matin, la première hypothèse fut écartée, le bras

était redevenu froid et cyanosé ; de plus, les malades et les infirmiers interrogés déclarèrent avoir, souvent la nuit, constaté que le bras droit de X... était à une température au moins égale à celle du gauche. L'élévation de température dans la nuit précédente ne pouvait donc s'expliquer que par une affection bizarre du système nerveux vaso-moteur ou par la simulation. Dans l'hypothèse de la simulation, c'était à la position singulière affectée, au dire de tous, par le bras droit de ce matelot que semblait de prime abord devoir être attribué le refroidissement. Si on faisait remonter la température en rendant cette attitude impossible, c'est qu'évidemment on n'aurait pas affaire à une affection vaso-motrice.

» L'expérience était facile. Le 5 novembre dans l'apès-midi, je me rendis auprès de X... Cet homme était debout, le bras droit pendant dans la situation accoutumée, et froid comme à l'ordinaire. Je le fis asseoir et lui soutins horizontalement par un seul jet de bande au niveau du poignet les avant-bras dans une position symétrique.

» A ce moment le thermomètre marquait au bras droit 23°,5 et au bras gauche 31°,1. Après une demi-heure de suspension, il monta à droite à 24°,3 et descendit à gauche à 29°,4. Je cessai alors la suspension et fis coucher l'individu. Une demi-heure après la température du bras droit était de 25°7 et celle de gauche 28.

» Ainsi la température du bras droit s'était élevée de 2°2, tandis que celle du bras gauche, placé dans les mêmes conditions, avait baissé de 3°,1. De plus, si ce double mouvement thermique avait pris naissance pendant la suspension, il s'était surtout accentué après que X... avait été couché dans une position plus normale. Ce n'était donc pas à une action spéciale de la suspension sur les vaso-moteurs, mais à l'impossibilité où la surveillance avait placé cet homme d'agir sur son bras, que devait être attribué le résultat obtenu.

» Un fait nouveau vint bientôt permettre de rendre l'action de la surveillance plus évidente. Sur mon ordre, X... était resté au lit. A

six heures, il fit constater par la sœur hospitalière et les infirmiers que son bras droit était beaucoup plus chaud que le gauche. Il venait, disait-il, de s'apercevoir à l'instant et par hasard de cet état. A partir de ce moment, la température du bras droit, au dire des témoins, baissa graduellement jusqu'à neuf heures, où je fus prévenu de ce renversement d'équilibre thermique.

» Que s'était-il passé de trois heures à six? X... affirmait que l'afflux de calorique s'était produit brusquement. Il était cependant permis de croire que la marche ascendante, dont le début avait été observé à trois heures de l'après-midi, s'était continuée pour atteindre son point culminant trois heures après. Le bras droit était ensuite redescendu graduellement de cette température élevée vers celle du bras gauche.

» Il me parut intéressant de chercher, par une surveillance attentive, à enrayer cette marche descendante, à maintenir le bras à une température normale. Pendant toute la nuit, aidé par un infirmier, je pris, de demi-heure en demi-heure, la température du bras droit. Comme point de repère je pris aussi, de loin en loin, celle du gauche. Ces numérations thermométriques furent continuées dans la journée du 6 novembre jusqu'à trois heures de l'après-midi.

» Pendant ces dix-huit heures, la température du bras droit oscilla entre 35°1 et 36°4; celle du bras gauche présenta des variations un peu plus considérables qui me parurent suffisamment expliquées par les changements de position que ce bras avait été libre d'accomplir. D'ailleurs le thermomètre marquait à gauche, au début de l'expérience, 36°2 et, à la fin, 35°9. Le but souhaité était atteint et les deux hypothèses favorables à la réalité de l'affection de X... étaient écartées.

» Mais quel était le procédé de simulation employé par lui? Etait-ce réellement et seulement l'attitude incriminée tout d'abord? Je pus répondre à cette question dans la nuit du 6 au 7 novembre. Je fus assez heureux pour saisir dans l'aisselle droite de cet homme un crucifix métallique d'un assez fort volume qui avait laissé sur

le paquet vasculo-nerveux la trace d'une vigoureuse compression. Ce crucifix lui fut enlevé sur-le-champ; mais ce n'était pas le seul agent de compression qu'il possédât; la sœur hospitalière surprit en effet successivement le lendemain, entre les mains de ce matelot, auquel il était interdit de fumer, deux volumineuses pipes en bois, dont la première seule put lui être confisquée. Ce jour-là même le bras droit était, à huit heures du matin, à 1°3 et, à quatre heures du soir, à 7°6 au-dessous du gauche. Cet abaissement de température n'était probablement pas sans relation avec les corps durs découverts en la possession de X...

» Je songeai d'ailleurs à profiter de ce nouveau refroidissement pour compléter les résultats obtenus du 5 au 6 novembre. Pour cela, de trois heures à neuf heures du soir, la température des deux bras fut prise chaque demi-heure. Au début, la température du bras droit était de 26°3, à six heures elle avait monté de 10° pour redescendre un peu et rester stationnaire entre 35°8 et 36°1.

» Celle du bras gauche avait, pendant ce temps, monté d'une façon lente et régulière de 35°9, à trois heures; elle était arrivée à 36°9 six heures après. Cette dernière investigation prouvait donc que *la surveillance* non seulement *conservait un équilibre thermique déjà acquis* mais encore en *déterminait la production.*

» Pensant bien que notre simulateur chercherait de nouveau à refroidir son bras, je me rendis près de lui dans la nuit suivante et je le surpris endormi. Comme le soir du 6 novembre, il s'était couché sur le bras droit, mais de plus sa main gauche recouvrait l'aisselle droite et semblait y maintenir un corps étranger.

» J'essayai de m'en emparer, mais X... était déjà éveillé et m'avait reconnu. Feignant de rêver, il se débattit contre moi, je ne pus rien saisir, et quand je le fis sortir de ses draps il était trop tard, le corps du délit avait disparu. Comme cet incident pouvait le faire prévoir, le 8 novembre au matin le bras droit était à une température moyenne inférieure de 6° à celle du bras gauche.

» Ce fut l'occasion d'une nouvelle épreuve : toute la moitié droite du thorax et le membre supérieur droit furent enveloppés d'une grande quantité de coton et d'un fort bandage silicaté. Ce bandage rendait impossibles les pressions extérieures sur les vaisseaux et les positions du bras aptes à y arrêter la circulation. Le bras droit resta ainsi enveloppé pendant quatre jours, *il se maintint* pendant tout ce temps à 2° environ *au-dessus du gauche;* la présence du coton explique, je pense, suffisamment cette différence.

» Les preuves s'accumulaient donc et pouvaient sembler suffisantes; cependant M. Bérenger-Féraud voulut qu'une dernière expérience vint contrôler toutes les autres. Elle commença le 13 novembre au matin, X... étant couché, ses avant-bras furent maintenus symétriquement au-dessus du plan du lit par trois larges bandes molles et élastiques. MM. les aides-médecins Barreau et Bédart voulurent bien partager avec moi la dure corvée de maintenir et de surveiller X... en cette position pendant plus de quarante heures. Je dois remercier ici mes deux amis de leur complaisance.

» La température fut prise de demi-heure en demi-heure à chaque avant-bras. La courbe thermique ainsi obtenue présente au début des oscillations excessivement considérables; mais, dans les douze dernières heures, ces variations furent supprimées, et la température suivit une marche à peine décroissante et symétrique pour les deux bras. De 36° le bras droit arriva à 34°8, pendant que le gauche descendait de 35°4 à 34°3. Ainsi la dernière partie de l'expérience fournissait la confirmation des résultats obtenus précédemment.

» Quant aux grandes oscillations thermales du début, je ferai observer d'abord que les ascensions se sont toujours produites aussitôt après les repas et les baisses thermométriques dans leur intervalle. Mais, en dehors de cette explication physiologique, je crois pouvoir affirmer que la volonté de X... n'a pas été étrangère à ces variations, ou au moins à la différence observée d'un brasà l'autre dans leur marche. Plus d'une fois, en effet, la bande placée

au-dessus du pli du coude descendit tantôt à un bras, tantôt à l'autre, dans ce pli lui-même, tandis que l'avant-bras replié se comprimait sur elle. De plus, à certains moments, un des bras appuyait plus fortement que l'autre sur les bandes qui le soutenaient. La position incommode dans laquelle il était placé, et sa longue insommie avaient occasionné chez le simulateur une fatigue intense. Aussi, dans la nuit du 14 au 15, il fut presque continuellement plongé dans un sommeil profond. C'est justement pendant ces douze heures *d'engourdissement de la volonté* que fut obtenu et conservé l'équilibre thermique entre les deux bras.

» Pour écarter toute objection, il ne restait plus qu'à établir que les moyens mécaniques employés par cet homme, étaient réellement aptes à produire un abaissement notable de la température. Sur le conseil de M. Bérenger-Féraud, je fis moi-même l'essai de ces procédés.

» Je fis d'abord prendre à mon bras droit la position observée sur le simulateur. Une fatigue assez intense succède vite à cette attitude et s'accompagne de sensations douloureuses à la partie interne du bras, au point de réunion de la moitié supérieure avec la moitié inférieure sur le trajet du paquet vasculo-nerveux.

» La fatigue m'empêcha probablement de maintenir cette position aussi rigoureusement qu'il l'eût fallu, car la réaction thermique qui se produit sur X... lorsqu'on le surveille, semble se manifester moins fortement sur moi.

» Néanmoins, au dire de tous les témoins, ma main était manifestement moins froide au bout d'une heure qu'après les vingt premières minutes de l'expérience, et la température de mon bras droit avait baissé, pendant cette heure, de 0°,4, tandis que celle du bras gauche augmentait de 0°,3.

» Ce résultat ne pouvait évidemment être comparé que de très loin à la réfrigération de 15° obtenue parfois par notre simulateur. Mais l'accoutumance de son bras au refroidissement ne devait-elle être

comptée pour rien. La même observation doit être faite pour les résultats que j'ai pu obtenir, en appliquant un compresseur sur l'artère humérale de mon bras droit.

» La compression n'était pas assez forte pour empêcher de sentir le pouls radial. Au bout d'une demi-heure, la température du bras droit avait baissé de 2°,9, tandis que celle du bras ganche montait de 1°. Une demi-heure après que le compresseur eût été enlevé, mes bras revinrent à la température initiale, qui était la même pour tous les deux.

» Sans vouloir tirer d'une seule expérience plus de certitude qu'elle n'en peut fournir, ces résultats me semblent intéressants. Ils permettent d'affirmer que les procédés mécaniques de compression artérielle au pouvoir de X... sont très capables d'amener le refroidissement du membre.

» Quoi qu'il en soit, au point de vue thermique la question était définitivement résolue. C'est volontairement que X... refroidissait son bras droit. Ce seul fait prouvait évidemment qu'il ne fallait pas attacher grande importance aux autres symptômes de l'affection. Il est d'ailleurs facile de l'établir directement. La cyanose, l'œdème ont le résultat fatal du ralentissement volontaire du cours du sang. Il est de même absolument physiologique que, dans un membre aussi froid, la contractilité électrique ou volontaire des muscles et la sensibilité cutanées sont fortement diminuées. »

Cette intéressante observation si bien rédigée par M. Bellot est suivie de quelques considérations qui trouveront mieux leur place à l'examen critique des divers symptômes présentés par X... Grâce à ces expériences variées, l'opinion de tous fut bien arrêtée : on était en présence d'un simulateur. Néanmoins, avant de renvoyer X... à son corps en le signalant comme tel, M. Bérenger-Féraud crut devoir user de tous les moyens de contrôle, et, en présence du directeur de service de santé, le 19 au matin, X... fut soumis au

chloroforme. Mais doué d'une grande énergie, très intelligent, X... avait mis à profit son séjour à l'hôpital pour apprendre comment agissait le chloroforme. Il opposa une résistance passive très remarquable, il simula le sommeil dès le premier moment, et de fait ne présenta pas la période d'excitation sur laquelle on comptait pour démontrer d'une façon indiscutable que les mouvements du bras droit étaient conservés. Au réveil cependant il exécuta un mouvement musculaire très net et constaté par plusieurs assistants du pouce droit, qu'il prétendait être paralysé. Aussi, le 21 novembre 1882, X... fut renvoyé à son corps et signalé comme simulateur, sans qu'on pût d'ailleurs lui faire avouer sa fraude, ou le décider à se reconnaître guéri.

Qu'advint-il? X..., renvoyé à la division d'équipage, fut puni de trente jours de prison, après lesquels il fut désigné pour embarquer sur un croiseur destiné à faire une longue campagne. Il obtint alors, comme c'est l'habitude, une permission de quinze jours pour aller dans sa famille. A l'expiration de cette permission, X... *revint parfaitement guéri :* sa main droite ne présentait plus aucune trace de cyanose, et la température des deux bras était absolument semblable. Questionné sur la cause de cette guérison médicale, il répondit que quelqu'un lui avait indiqué, dans son pays, la recette d'un manuluve qui lui avait remis le bras.

Mon collègue Bellot disait dans la conclusion de son travail : « L'hôpital de Cherbourg reçoit en traitement des soldats de l'armée » de terre et de l'armée de mer. Tous ceux d'entre eux qui ont » connu notre simulateur à l'hôpital connaissent évidemment aussi » les moyens qu'il employait. Il ne serait donc en rien surprenant » que les médecins de l'armée et de la marine voient se produire à » bref délai un nombre plus ou moins considérable de simulations » de ce genre. » Notre ami prophétisait vrai; quelques semaines après arrivait à l'hôpital un deuxième simulateur dont voici l'observation.

Observation II (*Annales d'hygiène et de médecine publique,* 1884 mai. — Bérenger-Féraud).

D..., âgé de vingt-deux ans, né dans le sud-ouest de la France, licencié en droit, engagé volontaire dans l'infanterie de marine depuis un mois, rentre à l'hôpital maritime à Cherbourg, le 4 janvier 1883. Son billet porte *coliques*, et comme il règne en ce moment une épidémie de fièvre thyphoïde, on lui prescrit aussitôt : bouillon, orge, deux verres d'eau de Sedlitz.

Le 5, le médecin traitant le questionne et ne reçoit que des réponses insignifiantes touchant son état de malaise. Depuis quelques jours il aurait des douleurs de tête, de ventre, aurait eu la fièvre à la caserne, etc., etc. Température 36° 3. Soupe, orge. A surveiller.

Pendant les jours qui suivent, D... se plaint de coliques, de diarrhée, puis de palpitations de cœur. Un examen attentif montre que sa santé est florissante ; on lui en fait la remarque ce qui le met de mauvaise humeur.

Le 14 janvier, il appelle l'attention sur l'état de sa main droite, dans laquelle il éprouve des fourmillements et une diminution de force musculaire ; il parait étonné de cet état et dit ne savoir à quoi l'attribuer. Cette main est légèrement œdématuée, un peu cyanosée et donne au toucher une sensation notable d'abaissement de la température : un thermomètre appliqué là indique 18°, tandis qu'à un endroit similaire de la main gauche il marque 32°.

Jusqu'au 23 janvier où il est évacué sur mon service, on note des variations assez grandes de température. C'est ainsi que, sur deux points analogues pris au bras droit et au bras gauche, il y a eu :

	Côté droit	Côté gauche
le 15 janvier	36°,4	37°,1
16 id.	18°	23°
17 id.	30°	34°,7

	Côté droit	Côté gauche
Le 18 janvier	19°	24°,6
19 id.	19°	27°,6
20 id.	19°	24°,7
21 id.	25°,3	37°,2
22 id.	36°,9	35°,6

Le jour où D... fut placé dans mon service, il fut questionné méthodiquement et déclara que depuis huit jours, sans cause appréciable, il avait vu survenir ce gonflement avec teinte violacée et abaissement de la température de la main droite. Il n'a jamais été malade antérieurement, dit-il, et l'exameu constate que la musculature du membre est semblable à celle du congénère.

Je fais prendre avec soin la température dans les cinq points suivants des deux bras.

A Espace interdigital entre index et médius ;

B Paume de la main ;

C Face palmaire de l'avant-bras tiers moyen ;

D id. id. id. tiers supérieur ;

E Pli du coude.

Voici les résultats obtenus :

		A	B	C	D	E
24 Janvier.	droit	22°0	20°2	33°	34°1	33°1
	gauche	30°8	32°5	34°2	33°2	30°8
25 —	droit	19°	25°	30°	33°5	31°
	gauche	25°	29°	31°7	33°	32°
26 —	droit	19°5	21°5	21°5	24°5	28°2
	gauche	21°	25°	29°	31°	31°2
27 —	droit	21°7	26°8	29°2	33°5	35°
	gauche	26°	29°	29°5	32°	33°
28 —	droit	20°8	27°2	28°3	32°2	34°
	gauche	29°0	28°	29°5	32°	35°
29 —	droit	25°	26°3	30°	31°	31°
	gauche	25°	26°	30°1	30°	22°

Dans le cours de la journée, D... n'affectait pas de position spéciale de son bras, si ce n'est entre deux et trois heures du soir, moment où, sous prétexte de faire la sieste, il plaçait sa main droite sous le corps.

Pendant la nuit, la température appréciée par le toucher était égale aux deux bras quand le sujet dormait, mais, vers quatre heures ou cinq heures du matin, D... se plaçait sur le côté, de telle sorte que son bras droit portât le poids du corps, et alors la chaleur de la main droite baissait sensiblement.

Mon opinion ne tarda pas à être faite, renseigné que j'étais par l'expérience précédente de X... Aussi manœuvrais-je désormais de manière à préoccuper mon simulateur. Chaque matin en passant près de son lit, je regardais sa feuille clinique sans jeter un coup d'œil sur sa figure, sans le questionner et disant au contraire à l'aide-médecin chargé de prendre la température « Poursuivez » l'expérience, quand nous aurons une série suffisante d'observa- » tions, je vous ferai faire autre chose afin que le résultat soit bien » clair. »

Je savais bien, en agissant ainsi, que j'arriverais à une crise où à une explication; en effet le troisième jour D... voulut me parler, mais comme par hasard je m'étais déjà éloigné de son lit et dis à mon chef de clinique de lui demander ce qu'il désirait.

Le lendemain D... se trouva sur mon passage au moment où je passais dans le corridor en sortant de mon service; cette fois j'eus l'air préoccupé et il ne put appeler mon attention par ses regards.

Le 27 au matin, lorsque j'arrivai dans mon cabinet peu d'instants avant ma visite, je le trouvais près de la porte et il me demanda d'un ton très visiblement gêné la permission de m'entretenir un instant. Je le fis entrer et sans lui donner le temps de se remettre de son émotion, je lui dis entrant brusquement en matière : « Vous » êtes un farceur; vous jouez un mauvais jeu, et puisque vous venez » me parler, voici en deux mots ce que je veux vous dire à vous

» seul; je me proposais de vous dire cela d'ailleurs demain matin » en pleine salle devant tous les autres malades. »

Il voulut protester de son innocence et commença à me dire avec volubilité qu'il était réellement malade, que cet abaissement de température de la main remontait à son enfance, qu'il avait été soigné longtemps par un professeur de l'école de Bordeaux etc.

Mais je ne le laissai pas continuer quand je vis que peu à peu il reprenait son assurance; je lui imposais silence et lui dis à mon tour. « Vous êtes ennuyé d'être au service et vous espérez vous » faire réformer par ce moyen qu'on vous a suggéré. Or prenez » garde, les simulateurs, lorsqu'ils sont découverts sont punis de » prison et peuvent même être envoyés dans les compagnies de » discipline.

» Si vous étiez, ajoutai-je, le premier venu ignorant et grossier, » je ne prendrais pas la peine de vous prévenir du danger auquel » vous vous exposez, mais comme vous êtes instruit intelligent et » que vous appartenez à une famille honorable, je vous laisse le » choix de votre conduite après vous avoir renseigné sur ses » conséquences.

» Vous m'affirmez que vous êtes malade; très bien. Je vous laisse » jusqu'à demain pour réfléchir. Si vous comprenez d'ici là que vous » êtes dans une mauvaise voie, vous me direz demain, quand je » passerai près de votre lit, que vous allez mieux. Après-demain que » vous êtes guéri, je vous mettrais alors simplement *exeat*, et vous » ferez votre service sans qu'il soit plus question de votre cyanose » et de votre refroidissement de la main droite.

» Si, au contraire, vous êtes bien certain de ne pas être un simu- » lateur, et bien! je continuerai mon expérience. Si vous êtes » réellement malade, vous aurez gagné votre procès; mais si je » démontre votre fraude, et je suis certain de la démontrer, car » vous êtes moins habile que X..., dont je suis cependant venu à » bout, je vous préviens, et cela sur ma parole, que je ferai mon

» devoir tout entier sans me laisser toucher par vos supplications » ou celles de vos parents.

» Je suis ici l'expert de l'État, et vous pouvez être certain, si » vous frauder, que mon rapport à l'autorité militaire vous enverra » en prison, sinon aux compagnies de discipline et fera inscrire le » motif de votre punition sur votre livret. Or, pour un grossier » manouvrier cette punition serait déjà très pénible. Pour vous » elle le sera doublement, parce qu'elle entachera votre honneur » militaire et vous voyez d'ici les circonstances morales qui en » découlent. »

D... fut mis en considération par ces paroles, il me demanda la faveur d'un congé de convalescence, mais je le renvoyai impérativement à son lit, lui disant que je n'avais rien à ajouter à mon ultimatum.

Le lendemain, quand j'arrivai au lit de ce jeune homme, il me dit en rougissant qu'il allait mieux, qu'il était certain de guérir prochainement, etc. Enfin je dois ajouter qu'à partir du moment de sa sortie de l'hôpital, D... n'a plus parlé du refroidissement de sa main droite, qui d'ailleurs n'existait plus. »

Ces observations sont fort intéressantes, la première celle de X... surtout; nous n'en connaissons point d'autres semblables et, à défaut de recherches bibliographiques complètes, les différents médecins militaires ou de la marine, à qui nous en avons parlé, ne connaissent rien de comparable à ces faits. Les observations de température simulées que l'on trouve sont bien différentes; c'est une hystérique qui déplace en masse la colonne mercurielle par des coups secs et répétés sur la boule du thermomètre et amène de fausses lectures. — Dans l'observation de Sellerbeck, reproduite par la *Revue militaire de médecine et de chirurgie* (février 1882). La malade obtenait une augmentation de la température par la friction de la boule thermométrique placée dans l'aisselle; une comparaison

faite avec la température rectale découvrit la simulation. Dans la même classe on doit ranger l'histoire de cette vieille névropathique de Guy's Hospital qui avait imaginé de chauffer le réservoir du thermomètre à maxima qui lui était confié (fait rapporté dans le journal de Lucas-Championnière). Pendant que nous mettions en œuvre les matériaux de cette étude, une thèse a été soutenue à Paris par M. Fournier sur *les températures exagérées et les températures simulées*. Nous n'en connaissons pas les détails.

Dans les deux observations que nous avons citées il s'agit plutôt de température *provoquées*, que de températures simulées. Devant le tableau clinique présenté par ces deux hommes, il reste à voir en quoi les symptômes s'accordent avec ceux observés dans les paralysies vraies, en quoi ils s'en écartent. C'est ce qui fera la deuxième partie de notre travail.

DEUXIÈME PARTIE

Examen critique et étude comparative entre les symptômes observés chez nos deux simulateurs, et les symptômes présentés par des monoplégiques véritables et chez lesquels un abaissement de la température a été noté.

Nos deux simulateurs étaient des gents intelligents, instruits et doués, le premier surtout, de la persévérance et de l'énergie nécessaires pour jouer un pareil rôle avec succès. Je laisse de côté pour un instant la question d'abaissement de température, si bien étudiée et éclaircie par mon ami Bellot, pour examiner les autres symptômes. X... a présenté de l'anesthésie, de la parésie puis de la paralysie,

de la cyanose du membre D... a accusé de plus des fourmillements dans la main.

Mais, point très important en analysant ces symtômes, nous trouvons qu'ils coïncident avec la période de refroidissement du membre! En effet, remarque mon collègue, lorsque la température remontait dans le bras droit, les muscles se contractaient mieux sous l'influence de l'électricité; des piqûres, qui d'ordinaire n'arrachaient pas un tressaillement au malade, provoquaient alors sur son visage des signes indiscutables de douleur. De même nous avons vu que, dans la période d'ascension ou d'équilibre thermique, la teinte cyanosée et le gonflement de la main et des doigts disparaissaient. Au dire de X... la paralysie aurait suivi une marche croissante et il en attribuait la cause à une fracture ancienne de l'avant-bras.

Cette histoire n'était pas mal bâtie et appuyée sur des symptômes rationnels. En effet les paralysies consécutives aux fractures des membres ne sont pas une rareté. Avezou (thèse, Paris, 1879) en a réuni des cas nombreux : ceux de Earle, de Erichsen, de Granger, de Weir Mitchell, d'Ollier; auxquels il fait ajouter les faits de Ferréol Reuillet dans son étude sur la paralysie des membres supérieurs liée aux fractures de l'humérus.

Ces paralysies sont tantôt précoces, et alors elles dépendent d'une lésion directe au moment de la fracture, tantôt tardives, produites par une inclusion du nerf dans le cal ou sa compression par l'exubérance de ce dernier,

Mais un symptôme relativement rare, c'est l'abaissement de la température coïncidant avec une paralysie consécutive à une fracture.

Dans sa thèse sur la contusion des nerfs, Avezou signale plusieurs faits d'abaissement de la température, il signale aussi quelques cas où ce phénomène a accompagné des paralysies consécutives à des fractures. Nous allons résumer ces observations

en n'insistant que sur les points qui ont de l'intérêt pour notre étude.

Observation I. — *Fracture de l'humérus gauche chez un homme âgé de cinquatre-quatre ans; consolidation, lésion du nerf cubital, atrophie du bras appréciable à la vue.*

Du côté malade, les doigts, la main, le poignet et le tiers inférieur de l'avant-bras sur les deux faces offrent une coloration violacée, l'autre main exposée à l'air est bronzée, mais non violacée. Au toucher la main gauche est sensiblement plus froide que la droite. Le malade accuse d'ailleurs dans cette main une sensation habituelle de froid. Il ne peut se réchauffer la main gauche et il est obligé de porter un gant. Les battements de l'artère humérale de la radiale et de la cubitale se perçoivent très bien. Guérison par électrisation.

Observation II. — (Weir Mittchell cité par Avezou.)

Fracture compliquée de l'avant-bras, lésion grave. Extension de l'avant-bras diminuée de moitié, perte de la pronation et de la supination, mouvements du poignet diminués; doigts en griffe. La main tout entière, surtout les doigts, était d'un rouge sombre, enflée, *aussi douce, aussi luisante que si elle eût été polie.*

Observation III. — *Fracture de la clavicule, lésions du plexus brachial. Au début fourmillement dans tout le membre supérieur droit : la peau sur la face palmaire des doigts et de la main est lisse, rougeâtre, inondée de sueur. Sur le dos de la main et sur tout le reste du membre elle est sèche, terne, ridée mais sans desquamation exagérée. La température est diminuée, le malade éprouve une sensation de froid dans tout le membre et surtout dans la main.*

Observation IV. — Thèse de Pasturand (1875, Pozzi.)

Fracture de la clavicule, cal difforme et douloureux, en comparant les températures des deux mains on trouve une différence moyenne de 2°.

Observation V. — (Erichsen, *Lancet*, 1871.)

Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, enfant de sept ans; paralysie limitée aux muscles innervés par l'interosseux dorsal; après sept semaines la température des deux mains différait de 8°1/2, F. au moins, car l'instrument n'était pas gradué assez bas pour qu'on pût noter une chute plus considérable de la température. Cas remarquable quand on songe qu'elle coïncide avec la paralysie isolée d'une branche du radial qui ne se distribue pas à la main.

Observation VI. — (Erichsen, *Lancet*, 1871.)

Fracture du corps de l'humérus, paralysie du radical, perte complète de la supination, extension de la main impossible. L'avant-bras, la main, les doigts sont gonflés, la main est plus froide que celle du côté sain. Fourmillements, picotements. Différence d'une main à l'autre 6° F.

Il résulte donc de ces observations que la chute de la température peut accompagner les paralysies consécutives aux fractures, mais c'est un symptôme qui n'est pas commun; il est souvent acccompagné, nous l'avons vu, d'un gonflement de la main avec teinte cyanosée; et, en choisissant la production de ces deux symptômes, nos simulateurs étaient dans le vrai; remarquons-le dès maintenant ils exagéraient beaucoup la chute de la température, il y a loin des 15° d'écart trouvés chez X... à la différence maximum 6° observée dans le cas de paralysie vraie.

X..., en prétendant que son affection dépendait d'une ancienne fracture en donnait une cause admissible, mais *à posteriori*. Or, on ne trouva jamais chez lui trace d'un cal diffus, exubérant ou doulou-

reux. De plus, il négligea totalement l'affirmation d'un symptôme subjectif, facile à simuler par suite : les fourmillements, les sensations de brûlure, les douleurs vives que l'on rencontre souvent dans ce genre de paralysie, surtout lorsqu'il y a inclusion du nerf dans le cal.

En simulant l'anesthésie, il n'allait pas à l'encontre de l'observation clinique, bien qu'il y ait des cas de fracture avec paralysie consécutive mais limitée à la motricité. Mais le plus souvent l'anesthésie n'est pas totale; et, surtout dans le cas d'une fracture de l'avant-bras, cette anesthésie totale pouvait être suspecte, car à ce niveau les nerfs sont éloignés les uns des autres et échappent plus facilement à une lésion que lorsqu'ils sont rapprochés, comme sous la clavicule ou dans le creux de l'aisselle. Ce que je dis de la totalité du symptôme s'applique évidemment aussi à la totalité de la paralysie motrice. Avant d'aller plus loin faisons une remarque.

Au sujet des anesthésies localisées au département de tel ou tel nerf, il pourrait y avoir simulation de la part d'un sujet ayant quelques notions sur la distribution des nerfs à la main; cette hypothèse n'a rien d'étonnant à une époque où, sous prétexte de vulgarisation, il existe une foule de publications donnant sur l'anatomie des notions assez précises. Or, il arrive très souvent que, dans les anesthésies de la main, les régions anesthésiées ne sont pas celles innervées d'après la distribution apparente des nerfs. La distribution classique des filets nerveux, telle qu'on la trouve dans les traités d'anatomie descriptive, n'est pas la même que la distribution physiologique. Ce fait a été mis en lumière par les travaux de Richelot (*Archives de Physiologie,* 1875). Cette particularité ayant beaucoup de chances pour être inconnue des simulateurs constitue un écueil sur lequel ils peuvent échouer.

De la coïncidence du maximum de la paralysie avec le refroidissement, il ressort clairement que la contractilité électrique devait

diminuer, le muscle étant dans une sorte d'état asphyxique par suite du ralentissement de la circulation capillaire.

Tous ces symptômes peuvent être simulés ou plus exactement provoqués dans la simulation : la preuve c'est qu'ils existaient chez D... et X... Mais il est une autre série de phénomèmes consécutifs à la lésion des nerfs, constituant des symptômes objectifs, sur la nature desquels il est, je crois, plus difficile de frauder.

Je veux parler de troubles trophiques consécutifs, lesquels se rencontrent assez fréquemment dans les lésions des nerfs.

Tout d'abord l'atrophie musculaire; elle n'est ordinairement que partielle ou tout au moins inégalement répartie entre les différents groupes de muscles. Ainsi les muscles fléchisseurs à l'avant-bras seront moins fortement atteints que ceux de l'extension et il en résultera des déformations variées. L'atrophie peut être ou simple ou associée à une transformation fibreuse; dans ce dernier cas, les déformations seront produites par la rétraction des muscles atrophiés.

L'atrophie est difficile à simuler; mais elle peut être provoquée par l'application d'un bandage compressif, le manque d'exercice. Nos simulateurs ne présentaient pas d'atrophie; ils ne présentaient pas non plus de troubles de nutrition du côté des ongles ou du système pileux.

Pour Weir Mitchell dont il faut toujours consulter le traité des maladies des nerfs en pareille matière, ces troubles de la nutrition n'ont *jamais été vus indépendants des troubles de la motilité ou de la sensibilité.*

Les ongles n'ont jamais présenté de striation plus manifeste d'un côté que de l'autre; pas de bourrelet, pas d'incurvation, pas d'épaississement de leur substance.

Le système pileux présentait un égal développement; il n'y a pas eu de taches pigmentaires. Du côté de la peau rien de comparable à l'erythème, au zona traumatique, aux éruptions phlycténulaires

observés fréquemment et rapportés par Couyba dans sa thèse sur les troubles trophiques consécutifs aux lésions traumatiques des nerfs.

Chez nos deux simulateurs la réaction sudorale n'a pas été recherchée; mais j'ajoute que la sécrétion de la sueur n'a jamais présenté de particularités par son abondance ou son odeur; quant à la réaction sudorale en elle-même, en présence du trouble de la circulation provoqué, ses indications vraies en elle-mêmes, mais subordonnées à l'état des parties paralysées, ne nous donnait aucun renseignement sur la cause naturelle ou provoquée des symptômes d'asphyxie locale du membre.

Restent la coloration livide et l'état d'œdème; ce symptôme était très nettement établi chez D... et X... Il s'agissait non du « glossy-skin », de la peau luisante de Paget; mais d'une coloration rouge-livide de la main qui était comme cyanosée; elle était en tout semblable à celle observée et écrite par M. Arnozan après une plaie des nerfs médian et cubital. Voici un extrait de cette observation publiée dans le *Bulletin de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux,* 1883.

Plaie du nerf médian et du nerf cubital par valve d'un pétrin mécanique; anesthésie distribuée à la face palmaire de la main et des doigts, à la face dorsale seulement des doigts sauf le pouce (en concordance avec les données de Richelot), paralysie motrice complète de tous les muscles de la main ; troubles trophiques : éruption phlycténoïde, lésions unguéales, altération des poils, hyperhidrose, coloration anormale de la peau : « La main blessée présente une coloration » rouge livide uniforme et permanente. Sur la face palmaire, cette » coloration est limitée par la cicatrice au-dessus de laquelle la peau » reprend brusquement sa teinte naturelle, mais elle occupe aussi » tout le pouce, toute la face dorsale des doigts et de de la main, » et au niveau du poignet s'efface peu à peu, pour se fondre d'une » façon insensible avec la couleur normale de la peau de la face pos- » térieure de l'avant-bras. La délimitation de ces surfaces mérite

» d'être notée; on remarquera en effet qu'elles comprennent toute » la zone anesthésique, plus le dos de la main, le dos des premières » phalanges, les quatre derniers doigts et le pouce. Ainsi les trou- » bles vaso-moteurs s'étendent en partie à un territoite dont la sen- » sibilité est tout à fait normale..... L'artère radiale gauche bat avec » la même intensité; à la racine du médius on sent les collatérales » battre moins fort. » La température donne 3 à 4 degrés de différence en moins du côté malade. Si l'on veut se reporter aux observations II et VI citées plus haut, au sujet de l'abaissement de température, nous voyons que la coloration livide et le gonflement des parties paralysées existent; mêmes symptômes dans l'observation de Tomsa. (*Gazette de médecine militaire,* 1882, n° 3). « Je trouvai, » dit-il, comme différence avec le bras droit un léger amaigris- » sement de l'avant-bras, une couleur livide et une diminution de » la température du côté de l'extension, une augmentation de tem- » pérature appréciable et un gonflement dans la paume de la main; » on remarquait enfin une sueur profuse couvrant tous le bras. Il » s'agissait d'un cas de paralysie de l'avant-bras consécutif à une » fracture ».

En résumé, si nous reprenons tous les symptômes observés dans les paralysies vraies, consécutives à des fractures, et si nous les comparons à ceux présentés par nos simulateurs nous trouvons :

1° Etiologie : suffisante *à priori;* insuffisante après examen, car il n'existe pas trace de cal;

2° Paralysie motrice ordinairement limitée à tel ou tel nerf; complète chez X...;

3° Anesthésie : mêmes considérations;

4° Douleurs fréquentes; symptôme subjectif facile à simuler et négligé par X...; D... a accusé des fourmillements dans la main;

5° Atrophie fréquente : nulle chez X... et D...;

6° Troubles trophiques de la peau, des poils, des ongles, éruptions, phlyctènes : rien;

7° Sueur abondante ou fétide ; nulle ;

8° Troubles de la colorification : exagérés chez nos similateurs; les faits cliniques n'ont jamais présenté un écart de plus de 6° ;

Coloration livide de la peau et œdème, symptômes très exactement reproduits par nos deux malades.

Certes, pour admettre l'existence réelle d'une paralysie, le médecin n'a pas besoin de trouver réunis tous les symptômes possibles, parce qu'il soupçonnera la simulation chez son malade. Je disais même que, si ces simulateurs n'avaient pas été étudiés de très près, le le tableau clinique qu'ils offraient eût été irréprochable. S'ils avaient localisé leur paralysie et leur anesthésie, s'ils eussent accusé des fourmillements ou des douleurs (symptôme subjectif, je l'ai déjà dit, facile à simuler), en présence de la coloration livide et du refroidissement, un praticien, n'ayant pas raison pour soupçonner de fraude, pouvait se prononcer pour l'affirmative; la présence de troubles trophiques du côté des ongles et des poils, d'une éruption eût confirmé son opinion, mais n'était pas utile.

Il nous reste maintenant à voir comment X... et D... sont arrivés à ces résultats.

Tout d'abord ce sont deux jeunes gens d'une certaine culture d'esprit, l'un candidat capitaine au long-cours, l'autre licencié en droit. Je n'ai pas vu D... mais je puis assurer que X... était doué d'une grande énergie. Voici un fait qui en donnera un exemple : Dans l'épreuve terminale de surveillance qui dura quarante heures X... était couché le buste à demi-relevé par des coussins et les bras horizontalement soutenus par des bandes qui descendaient du cadre supérieur du lit. Les thermomètres étaient maintenus (cinq à chaque bras) par du coton recouvert de quelques jets de bande. Durant un quart de nuit en prenant les températures (ce qui avait lieu tous les quarts d'heure) ma bougie mit le feu au coton qui entourait l'avant-bras prétendu paralysé de X... Celui-ci était éveillé à ce moment, vivement il dégagea son bras gauche des bandes qui le soutenaient

mais le bras droit ne bougea pas; du reste son émotion et la mienne furent de courte durée, le coton ne brûla qu'aux endroits où, non comprimé par la bande, il s'élevait en petites houppes.

Il n'y a rien à ajouter sur l'énergie des simulateurs, elle est bien connue.

Nous pourrions prendre un par un les symptômes et montrer comment ils étaient simulés; mais en amenant le refroidissement de son bras, en y ralentissant la circulation capillaire, X... ne simulait pas il *provoquait* les symptômes. Paralysie, anesthésie, diminution de la contraction électrique étaient en raison directe du refroidissement du membre et je crois pouvoir démontrer facilement que la clef du problème se trouvait dans la découverte du moyen par lequel cette chute de la température était obtenue.

Ce moyen était la compression du faisceau vasculo-nerveux du bras, mais comment cela.

Dans l'observation on a remarqué que si X... présentait une paralysie de l'extrémité du membre thoracique droit, tous les muscles qui attirent le moignon de l'épaule en arrière et en dedans étaient en même temps dans un état de contraction très marqué. Le triceps maintenait l'avant-bras dans une extension énergique et en demi-pronation.

Etait-ce une cause suffisante pour amener les symptômes connus?

Examinons les faits : Aussi souvent que, par la surveillance ou une position artificiellement maintenue, on a empêché la contraction des muscles de l'épaule et du grand dorsal, les symptômes se sont amendés ou ont disparu; ces conditions ont été réalisées :

1° Lorsque l'épaule fut emprisonnée dans le bandage silicaté, avec le bras écarté du tronc;

2° Lorsque les avant-bras ont été maintenus horizontalement en avant.

A cela viennent s'ajouter les expériences de M. Bellot sur lui-même, soit en faisant prendre au bras la position observée sur

le simulateur, soit au moyen d'un compresseur appliqué sur l'humérale. Dans les deux cas on ne parvint qu'à ébaucher les phénomènes présentés par X... Les essais pratiqués sur le cadavre sont particulièrement intéressants : lorsqu'on fait passer un courant d'eau à pression constante à travers les artères d'un bras, l'écoulement est interrompu, si l'on place le membre dans la position qu'affectait X...

L'écoulement par une ouverture de la radiale était alors absolument supprimé; il était seulement diminué lorsque l'humérale fut ouverte au-dessus du coude. Comme conclusion de ces expériences, j'admets avec mon collègue Bellot, que l'arrêt du sang doit être en grande partie rapporté à la compression de l'humérale au pli du coude par l'expansion aponévrotique du biceps.

Ces conclusions sont d'ailleurs en concordance complète avec celles de M. Puel, professeur d'anatomie à la Faculté de Lille, dans le mémoire lu à la Société de Chirurgie (8 novembre 1882) *sur le mécanisme de l'hémostase par diverses attitudes particulières des membres*. Ce professeur lui aussi a eu le courant liquide interrompu simultanément dans la radiale et la cubitale sous l'action d'une extension forcée de l'avant-bras sur le bras. Il a de plus constaté que l'incision de la bandelette aponévrotique faisait immédiatement reparaître l'écoulement.

Mais nous avons parlé de compression du faisceau vasculo-nerveux du bras. L'état de contraction des muscles de l'épaule observé et la position consécutive de l'omoplate et de la clavicule peuvent-ils la produire? Sur cette question M. Puel est affirmatif, et, pour lui, le muscle sous-clavier est l'agent direct de cette compression, transmise par la clavicule rapprochée de la première côte; l'arrêt de l'écoulement du liquide était facilement obtenu, et les rapports anatomiques de la région nous apprennent que si l'artère est comprimée, il doit en être de même du paquet nerveux qui l'accompagne.

Le moyen physiologique employé par X... était donc fort ingénieux puisqu'il ne laissait *aucune marque extérieure* de la compression, comme l'eût fait l'application d'un bandage et d'un lien constricteur. Seulement ce procédé était subordonné à l'état de contraction volontaire des muscles; durant le sommeil la compression disparaissait et avec elle les symptômes; c'est ce que constata le médecin de garde dans la nuit du 4 novembre.

X... eut recours à des moyens pour amener cette compression en dehors de l'état de veille, et c'est alors qu'on trouve le crucifix dans l'aisselle, la pipe de bois. D... affectait lui de se coucher sur le côté droit, la main placée sous le corps.

Il nous semble maintenant prouvé qu'il y a plus qu'une simple coïncidence entre cette compression si ingénieusement obtenue et les autres symptômes observés; il y a dépendance.

Ici se place naturellement l'étude pathogénique des symptômes par rapport à cette compression.

Au lieu de l'anémie et de la pâleur consécutives à la compresion dans tout le département de l'artère, nous trouvons ici une congestion passive avec diminution de la température! Comment l'expliquer? Avons-nous à faire à une paralysie des vaso-moteurs? Dans ce cas il y a dilatation des vaisseaux et afflux sanguin, il est vrai; mais il y a en même temps élévation de la température; la peau, au lieu d'être livide ou d'une teinte cyanosée est rouge, c'est le contraire de ce que nous avons trouvé chez nos simulateurs.

On pourrait expliquer cette congestion veineuse par la compression s'exerçant aussi sur les veines plus facilemcnt dépressibles que les artères et faisant partie du faisceau vasculo-nerveux; mais alors, c'est tout le membre qui eût dû être congestionné et œdematié, car toutes les veines du membre supérieur passent sous la clavicule et le canal de dérivation entre le moignon de l'épaule et les jugulaires externes est insuffisant; dans cette hypothèse d'ailleurs X... nous

eût montré un développement insolite de la circulation veineuse en cet endroit, ce qui n'a pas été remarqué.

Je crois qu'on peut expliquer cette congestion locale de l'avant-bras sans avoir recours à une paralysie vaso-motrice, et qu'on peut lui appliquer la théorie de la *fluxion veineuse rétrograde* de Vulpian (*in* leçons sur l'appareil vaso-moteur, 24e leçon).

« La fluxion veineuse rétrograde se produit lorsque toute *vis à* » *tergo* vient à cesser dans les veines qui ramènent le sang d'un » réseau capillaire. Ces veines vont former un tronc veineux, lequel » reçoit aussi des veines provenant d'autres régions plus ou moins » voisines de celle dans laquelle la pression artérielle a cessé » d'agir sur le sang des capillaires. Le sang de ces dernières veines » est encore soumis à la *vis à tergo;* il circule donc sous une cer- » taine pression ; et, lorsqu'il pénètre dans le tronc veineux, cette » pression tend, d'une part à le pousser vers le cœur et d'autre » part à le faire refluer dans la partie de ce tronc où toute *vis à tergo* » a disparu. »

Des conditions pareilles ne sont-elles pas réalisées chez X... par la compression de l'humérale sous l'expansion aponévrotique du biceps ? N'y a-t-il pas, par suite, une diminution de la *vis à tergo* dans toutes les veines ramenant le sang de l'avant-bras ?

Et les valvules objectera-t-on ? Les valvules ne permettent pas le reflux du sang, c'est indiscutable ; mais la différence de pression sur chacune des faces de ces valvules équivaut à un obstacle mécanique. Le sang veineux de l'avant-bras, à une pression moindre que celui du bras, ne pourra pas effacer les valvules soumises par leur autre face à la pression du sang veineux du segment supérieur du membre ; et les veines de l'avant-bras se distendront au-dessous de l'obstacle, jusqu'à ce que la résistance de leur paroi fasse équilibre à la *vis à tergo* du sang veineux qu'elles contiennent. Je ne vois guère d'autre explication de la congestion passive limitée à l'avant-bras.

D'ailleurs je n'attache pas une grande importance à cette explication; mes connaissances sur la physiologie des vaso-moteurs ne sont pas assez fortement assises pour cela.

Quelle qu'en soit la cause, la congestion veineuse existe, elle est accompagnée de refroidissement. Cette dépression thermique peut avoir l'explication suivante que j'emprunte encore à M. Vulpian : « Que le sang oxygéné agisse directement sur les combustions par » l'oxygène qu'il contient et qu'il peut fournir sans cesse aux » tissus, ou bien qu'il influe sur elles indirectement, par l'action » excitatrice qu'il exerce sur la vitalité de la substance organisée, » on est en droit d'admettre que la production de chaleur *dans une* » *partie du corps*, toutes choses égales d'ailleurs, sera jusqu'à un » certain point en rapport avec *la quantité* de sang oxygéné qui » traversera cette partie..... Il en est de même du travail fonction- » nel des muscles et du système nerveux, travail qui s'accompagne » d'une production de chaleur. »

Apport moindre du sang artériel oxygéné, paralysie motrice et sensitive, ne sont-ce pas les conditions réalisées par nos simulateurs qui ont présenté du refroidissement?

Ici toutefois il n'est pas inutile de remarquer que la paralysie, l'anesthésie, la perte de la contractilité électrique sont peut-être les conséquences directes de cet état de congestion veineuse, auquel il faut, bien entendu, ajouter la compression des nerfs. Il me semble que, d'une part, le fonctionnement des nerfs, rendu difficile par la compression, et, d'autre part, les nerfs amenant un influx nerveux affaibli à des organes privés de l'apport ordinaire de sang oxygéné, légitiment cette opinion.

Avant de terminer cette question du refroidissement, notons l'énorme abaissement de température obtenu : 15° une fois, et remplacé dans un assez court espace de temps par une élévation thermique dépassant 37°, et cela sans réaction inflammatoire du membre ainsi éprouvé?

Très intéressante aussi serait l'étude du phénomène d'élévation de la température dépassant celle du côté opposé et consécutive à la cessation de l'anémie provoquée. Là il est plus facile de faire intervenir la paralysie vaso-motrice causée par la compression. Tout d'abord son effet ne se produit pas à cause de l'anémie locale; puis, au moment où celle-ci disparaît avec la compression, le sang distend sans peine les artères, dont la tunique musculaire ne réagit plus à cause de la paralysie vaso-motrice. D'où changement de coloration de la peau, qui de violette et cyanosée devient rouge, augmentation de la température; c'est le tableau des paralysies vaso-motrices expérimentales.

Nous allons passer à la troisième partie de ce travail sur les moyens employés et conseillés pour déjouer la fraude dans des cas semblables.

TROISIÈME PARTIE

Analyse et appréciation des moyens employés ou à mettre en usage pour découvrir la simulation; opportunité des agents anesthésiques.

Dans son introduction sur les maladies simulées dans l'armée, le médecin d'état-major autrichien Derblich dit : « Le médecin militaire » qui veut remplir ses obligations avec précision et impartialité, » qui tient à sa réputation scientifique, qui veut ne faire de tort à » personne, qui ne veut point prêter assistance à un imposteur et » d'un autre côté ne pas déclarer un innocent coupable, doit avoir » une connaissance profonde de la façon dont on peut présenter avec

» artifice ou simuler les maladies ou infirmités. Il doit surtout con-
» naître les moyens qui font découvrir la vérité et démasquer le
» mensonge..... Appuyé sur la science et l'expérience, cette grande
» maîtresse, guidé par la connaissance de l'esprit humain, profitant
» de tout ce dont est capable la perspicacité, il peut, dans la majorité
» des cas, arriver à un jugement certain. Il faut en outre de l'énergie
» et surtout un caractère tenace et inflexible. »

Avec ces qualités, auxquelles s'ajoute, dit M. Bérenger-Féraud, cette sorte de flair que le vieux médecin militaire a acquis dans le cours de sa carrière vis-à-vis des simulateurs, aidé de tous les moyens d'exploration si riches et si précis dont nous a dotés la science moderne, on doit déjouer les ruses des simulateurs.

Voyons quels ont été les moyens employés pour démasquer nos deux malades, quels sont ceux que l'on conseille en pareil cas, et quelle est la valeur de chacun d'eux.

Le cas de D... a été rapidement résolu par les moyens *moraux;* ce jeune avocat, transformé par un coup de tête en soldat d'infanterie de marine, ne savait pas que son prédécesseur avait succombé dans la lutte qu'il avait entreprise contre nos moyens d'investigation; quand D... se vit découvert, il comprit le danger de sa position et saisit la porte de sortie que lui indiqua très généreusement M. Bérenger-Féraud pour se tirer de ce mauvais pas. Mais, sans ces circonstances et pris isolément, D... eût donné peut-être autant de peine que X...

Surveillance. — Un procédé d'investigation qui peut être appliqué à l'universalité des cas de simulation, c'est la surveillance, exercée à tous les instants, par tous, et surtout par ceux dont le simulateur se méfie le moins.

Nous ne répéterons pas les détails de la surveillance à laquelle X... fut soumis pendant l'observation thermométrique prolongée; mais en dehors du temps de ces expériences, la surveillance était continue

et elle donna bien des renseignements précieux. Elle fit connaître bien des petits faits intéressants dont j'emprunte encore le récit à l'article de M. G. Bellot :

« A plusieurs reprises X... a été surpris par divers témoins, mala-
» des, infirmiers, sœurs hospitalières ou médecins, accomplissant
» des mouvements de l'avant-bras et des doigts et même des mou-
» vements très étendus. Cet homme n'est pas d'ailleurs parfaitement
» au courant de la physiologie, et l'on est parvenu parfois à le faire
» se couper dans ses réponses.

Une nuit son bras *étant chaud,* il déclare qu'il ne peut exécuter aucun mouvement, qu'il ne ressent pas les plus petits contacts. Le 5 novembre au soir, son bras étant encore chaud à une température normale, il accuse une hyperhestésie cutanée douloureuse; tandis que, d'après lui, la paralysie musculaire est restée absolue.

Enfin dans la nuit du 7 novembre, le bras étant *complètement froid,* X... déclare sentir mieux qu'à l'ordinaire, et consent à faire exécuter à son avant-bras et à ses doigts des mouvements assez étendus.

Cette même nuit M. Bellot essaya de retirer de l'aisselle droite de X... un agent mécanique de compression qu'il avait lieu d'y supposer placé. A peine éveillé et perdant sa présence d'esprit, il se défendit violemment même avec la main droite.

Voilà pour la surveillance; nous ne reviendrons pas ici sur la valeur de la contraction des muscles de l'épaule coïncidant avec la paralysie de l'avant-bras, nous nous sommes assez longuement étendu sur ce sujet dans la comparaison des symptômes; nous en dirons autant de l'exploration électrique diminuée par le fait de l'asphyxie locale provoquée; et d'ailleurs les simulateurs peuvent résister à son action dans une certaine limite ou exagérer l'impression perçue par le côté sain et faire croire à une diminution de la contractilité d'un côté à l'autre; il n'y a que l'indifférence *absolue* à l'électricité avec des *courants assez puissants* qui soit un signe sérieux.

Température. — Les détails de l'observation de X... nous ont montré assez clairement de quelle importance a été l'étude de la température. En outre, il ressort nettement de tout cela que, s'il est possible de rencontrer une diminution très appréciable de la température dans les paralysies périphériques, ce signe n'a pas au point de vue du diagnostic une importance de premier ordre, puisqu'il peut être produit artificiellement. Notons en outre que, chez les paralytiques vrais, jamais l'écart observé n'a dépassé 7°. Peut-on rencontrer une élévation de température du côté paralysé? oui, et cette particularité d'accord avec les données physiologiques dans la paralysie vaso-motrice, a été constatée cliniquement. (Voir Hayem, *Archives de physiologie*, 1878).

États des muscles. — En étudiant la pathogénie des symptômes on a vu qu'ils étaient sous la dépendance d'une contraction volontaire de certains muscles. Donc, toutes les fois que, chez un individu soupçonné de simulation, on trouvera un abaissement de la température, sans trace de compression extérieure, la première recherche devra porter sur le système musculaire comme cause d'obstacle mécanique à la circulation.

Troubles trophiques. — On devra toujours s'attacher à rechercher s'il existe des troubles trophiques du côté des ongles, des poils, ou de la peau. Il est assez difficile d'obtenir une dystrophie des ongles, pour ne pas dire impossible. Quant aux éruptions que l'on rencontre dans les paralysies périphériques, leur simulation suppose déjà, de la part du fraudeur, une connaissance assez approfondie de ces affections; mais elles peuvent être simulées, témoin l'observation de Zuber. (*Revue militaire de médecine et de chirurgie,* février 1882).

» F..., soldat au 3e bataillon d'afrique, âgé de vingt-quatre ans, se » présente à la visite en mars 1878, pour une éruption siégeant sur » le côté gauche du thorax, éruption accompagnée de violentes

» douleurs l'empêchant de dormir. La poitrine mise à nu, l'on dé-
» couvre une éruption étalée en une bande de cinq centimètres de
» largeur, s'étendant depuis l'épigastre jusqu'à la colonne vertébrale.
» C'était l'éruption classique du zona; mais au lieu d'être composée
» de vésicules, elle était constituée par des pustules nullement
» cohérentes. Ce fait m'avait frappé. Ayant appris que le sujet était
» *étudiant en médecine,* je fus immédiatement fixé, et je lui fis
» avouer sans difficultés qu'il avait cherché à simuler le zona dont
» il avait provoqué l'éruption au moyen du piqûres faites avec *trois*
» *aiguilles trempées dans du tartre stibié.* (Note de M. Smith, tra-
» ducteur du livre de Derblich).

Sphygmographe et Dynamoscope. — En présence de troubles circulatoires, l'idée d'appliquer le sphygmographe vient tout naturellement; chez X..., il ne donna aucun résultat. Tomsa attache une importance très grande à l'emploi de ce moyen de diagnostic, et Derblich dit qu'appuyé sur l'autorité de ce grand physiologiste, on peut affirmer que l'examen avec le levier enregistreur fixe d'une façon concluante le diagnostic de la paralysie. Boisseau est d'un avis contraire : ayant répété les expériences de Tomsa il ne les a pas trouvées concluantes. Dans les cas qui nous occupent, les indications du sphygmographe nous eussent induits en erreur, il aurait révélé du côté paralysé un affaiblissement de la circulation artérielle, comme le thermomètre marquait un abaissement de la température, comme l'électricité dénotait une diminution de la contractilité électrique; en un mot, ses résultats auraient prouvé la réalité du symptôme, la perfection du moyen mis en usage par le simulateur, mais rien sur la cause dont il dépendait.

Même réflexion à propos du dynamoscope donc les indications sont difficiles à saisir à moins d'une grande habitude de l'instrument.

Chloroforme. — L'emploi de cet anesthésique n'a pas donné de

renseignements durant la période d'excitation, car celle-ci a manqué, et M. Bérenger-Féraud est convaincu que c'est par de très larges inspirations espacées que X... a pu s'endormir sans présenter l'incoordination des mouvements qui arrive souvent au début de l'anesthésie. Toutefois, au réveil, on constata un mouvement du pouce droit. La valeur des renseignements fournis par les anesthésiques est diversement appréciée par les praticiens. On trouve, dans l'article de Tourdes (Dictionnaire de Dechambre, *Anesthésiques*), l'exemple d'un enfant atteint de coxalgie au début, et qui présentait la contracture habituelle des muscles pelvo-trochantériens. Soumis au chloroforme pour l'opération du bec-de-lièvre, la contracture cessa pendant le sommeil pour reprendre ensuite. Je comprends que, pour un cas de contracture, les renseignements soient douteux; mais il n'en est plus de même si un membre, prétendu paralysé, présente des mouvements durant le sommeil; le chloroforme peut faire cesser la contracture, mais je ne vois pas comment il pourrait amener le rétablissement des mouvements dans un membre paralysé.

Sur cette question de l'emploi du chloroforme viennent se greffer en quelque sorte des considérations médico-légales.

Peut-on s'aider du chloroforme, que dis-je, des anesthésiques pour déjouer les supercheries des simulateurs?

Voyons d'abord quel est, au point de vue du médecin militaire, l'état de la question.

Devant les conseils de révision, l'emploi des anesthésiques est formellement interdit.

Si le malade est envoyé en observation dans un hôpital, que deviennent alors les limites du droit médical? Le conseil de santé des armées, dans son instruction du 2 avril 1862, les a nettement définies : le chloroforme peut être employé comme moyen de diagnostic chez un simulateur, lorsque c'est un sujet incorporé atteint d'une affection susceptible d'entraîner la réforme.

Mais élargissons le cadre de la question, sortons des hôpitaux

militaires, et supposons un médecin-légiste mis en présence de X... prévenu d'assassinat; il n'y a plus ici d'instruction du conseil des armées qui fasse loi et serve de règle de conduite.

Le Code n'admet pas que le juge-instructeur fasse usage des anesthésiques, des narcotiques pour obtenir des aveux ou des confidences de la part du prévenu; et en cela, la loi est sage, car nous savons que, durant l'action des anesthésiques, les fonctions de l'entendement ne sont pas normales; par suite, les renseignements obtenus sont entachés d'erreur. Mais tout autre est la valeur des renseignements fournis par les mouvements d'un membre prétendu paralysé et l'on peut arriver ainsi à la vérité.

Le médecin-légiste peut-il alors user des anesthésiques?

S'il peut les employer, doit-il le faire?

Peut-il le faire? c'est la question de droit en quelque sorte qui est soulevée.

Les adversaires de ce moyen de diagnostic y voient une atteinte à la liberté individuelle, et, partant de cette idée, ils présentent une argumentation brillante et sérieuse; que leur opposer? faut-il discuter les arguments point par point? Je comparerais volontiers cette discussion à celle de la peine de mort; pour et contre des arguments très sérieux sont présentés sans que les adversaires ne se soient jamais convaincus. On est pour ou contre la peine de mort, sans être dans l'obligation de légitimer son opinion par des raisonnements valables; j'estime que, dans les cas de simulation et dans le but d'obtenir une certaine espèce de renseignements seulement, on peut se prononcer pour l'emploi des anesthésiques, comme moyen légitime. Voilà pour la question de droit.

Le médecin, pour nous, peut donc user des agents anesthésiques; quand doit-il le faire? Sur cette question, que je serais tenté d'appeler question de fait, par rapport à la première que j'ai nommée question de droit, je ne puis dire qu'une chose : Il faut éviter l'abus du chloroforme. Mais cette réserve faite, je ne

crois pas que ce soit un moyen extrême, à prendre quand tous les autres ont échoué.

L'usage des anesthésiques vis-à-vis des simulateurs aura les mêmes indications que dans la pratique usuelle où ils sont employés à chaque instant même par des personnes qui n'offrent pas toutes les garanties scientifiques.

Il ne viendra jamais à la pensée des gens compétents (les seuls dont l'opinion nous puisse préoccuper) de regarder comme coupables les moyens extraordinaires que la séméiotique moderne autorise. Certes il faut toujours agir avec prudence; mais, par rapport aux dangers que font courir aux malades ces moyens d'investigation, peut-on leur comparer le chloroforme?

L'anesthésie, dit-on, entraîne un danger, et, quelque faible que soit la chance de mort, le médecin n'a pas le droit d'y exposer le malade, sans un avantage réel pour lui; j'ajoute sans un avantage réel pour la société, vis-à-vis de laquelle le simulateur se trouve placé. Mais laissons ce genre de considérations qui nous ramèneraient à la question de droit, dont la discussion pour moi est inutile; revenons à l'innocuité comparée des agents anesthésiques et de certains moyens de diagnostic. Que dire du cathétérisme utérin, des ponctions, des incisions exploratrices, du toucher rectal *pratiqué avec la main et l'avant-bras dans le rectum, l'anus incisé, s'il le faut.* Ce sont pourtant des moyens d'investigation conseillés par un praticien sérieux et d'un grand mérite dans son traité de gynécologie. Analysant ce travail, le professeur Pajot se déclare l'adversaire de ces moyens barbares, qui appliqués « en France aux juments et » aux génisses ne tarderaient pas à émouvoir la Société protectrice » des animaux » Nous n'en sommes pas encore arrivés chez nous à ces excentricités chirurgicales, qui se passent de l'autre côté de l'Atlantique où patronnés par des chirurgiens sérieux, elles sont à l'ordre du jour; mais je ne crois pas qu'elles puissent être comparées comme innocuité à l'administration des anesthésiques. Les

morts par le chloroforme sont rares, manié avec prudence, et par un homme expérimenté les chances d'accidents mortels sont tellement diminuées qu'il est employé très fréquemment et sans *appréhension* de la part des malades et des médecins.

Il est à remarquer que les adversaires de l'emploi des anesthésiques dans la découverte de la simulation, alors qu'ils mettent en avant le danger de leur emploi, restent sans mot dire devant les anesthésies pratiquées tous les jours par les dentistes. Il ne leur est jamais venu à l'idée de comparer les risques qu'ils courent chez ces derniers, à ceux auxquels se soumet un simulateur entre les mains des gens ayant qualité pour administrer les anesthésiques.

Eh bien ! j'admets pour un instant le danger exagéré de l'emploi de ces agents ; les simulateurs sauront qu'ils s'exposent à des chances de mort en voulant frauder ; faible barrière à opposer d'ailleurs à leur ténacité, et ils acceptent ce moyen de diagnostic dans la crainte de voir leur refus venir corroborer les soupçons que l'on a sur eux.

Je conclus donc à l'emploi des anesthésiques pour déjouer les ruses des simulateurs, même en dehors des cas où le traitement ordinaire de la maladie simulée en indiquerait l'usage.

Hypnotisme. — Il est un autre moyen dont l'action est analogue à celle des anesthésiques au point de vue qui nous occupe : l'hypnotisme, si on peut l'obtenir chez le simulateur, mettra ce dernier dans un état très propre à faciliter les investigations. Dans le cas de paralysie périphérique le malade ne pourra point garder la position provoquée des membres. Chez un hussard actuellement traité à l'hôpital militaire de Bordeaux pour une paralysie du membre supérieur consécutive à une arthrite déterminée par une contusion de l'épaule, le sommeil hypnotique a permis de constater que le membre paralysé retombait toujours inerte sans pouvoir garder la position qu'on lui faisait prendre. — Il y a beaucoup de gens

réfractaires à l'hypnotisme, il y a peu ou point qui le soient aux anesthésiques.

RÉFLEXIONS

Nous voici arrivés au terme de ce travail bien incomplet sans doute, mais c'est à dessein que nous avons laissé dans l'ombre tout ce qui se rapporte aux paralysies simulées en général. Nous attachant spécialement à l'étude de ces deux cas de paralysie simulée avec abaissement provoqué de la température locale, les comparant aux cas analogues que nous avons pu trouver; le parallèle avec les paralysies centrales et périphériques dont les symptômes sont bien connus ne s'imposait pas.

Nous en dirons presque autant du diagnostic à établir entre les congestions veineuses observées et quelques affections bizarres du système vaso-moteur : nous avons nommé l'asphyxie locale symétrique illustrée par les travaux de Raynaud, et l'érythromélalgie étudiée dans la thèse inaugurale de Laneau (Paris, 1880).

Ces deux affections n'avaient, avec les symptômes présentés par nos simulateurs, que des analogies éloignées et de plus passagères.

L'asphyxie locale se rapproche de la période de cyanose et de refroidissement, mais la symétrie, symptôme capital de cette affection et les douleurs qui l'accompagnent constamment manquaient. L'érythromélalgie se rapporterait mieux à la période de réaction et d'élévation thermique qui suivait la fin de la compression, mais les douleurs manquaient, de plus cette affection s'observe presque toujours aux extrémités inférieures.

Voici les conclusions que nous croyons pouvoir tirer de cette étude :

1° Dans les paralysies des membres consécutives à des fractures, on peut rencontrer des abaissements de la température locale allant jusqu'à 7° ;

2° Les abaissements de la température locale peuvent être produits artificiellement et dépasser 15° ;

3° Ces chutes thermiques peuvent être produites par la compression des artères, due à la contraction de groupes musculaires choisis et mettant le membre dans une attitude spéciale. Les indications du sphygmographe par suite sont relatives ;

4° Les conséquences de cette compression, sont le gonflement avec teinte cyanosée, la parésie motrice, la diminution de la sensibilité et de la température des régions, situées au-dessous du point comprimé ;

5° Un symptôme très important des lésions nerveuses, difficile à simuler, réside dans les troubles trophiques (peau, poils, ongles) ;

6° Les anesthésiques peuvent être employés comme moyen de diagnostic vis-à-vis des simulateurs.

Bordeaux. — Imprimerie J. Durand, rue Condillac, 20.

QUESTIONS DE THÈSE

Anatomie : du crâne en général.

Physiologie : de l'effort.

Chimie : de l'eau pure et des eaux naturelles.

Histoire naturelle : de la fleur dans les phanérogames, sa morphologie naturelle.

Pathologie externe : des varices.

Pathologie interne : des altérations anatomiques dans les fièvres graves.

Pathologie générale : rôle du système nerveux dans les inflammations cutanées.

Histologie et anatomie générale : tissu conjonctif.

Anatomie pathologique : gangrène en général et gangrène pulmonaire.

Médecine opératoire : des différents procédés de lithotritie.

Pharmacologie : des bains médicinaux.

Matière médicale : du musc et de son origine.

Thérapeutique : des alcaloïdes de l'opium.

Hygiène : de l'encombrement.

Médecine légale : des outrages publics à la pudeur.

Accouchements : des effets de la syphilis sur la femme enceinte et le fœtus.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
LANELONGUE.

Vu par le doyen de la Faculté,
Dr DENUCÉ.

Vu, et permis d'imprimer :
Le Recteur,
H. OUVRÉ.